

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 décembre 1892, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC GIOVANNONI

Né à Naples, le 2 octobre 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
TUFFIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

59

Faculté de Médecine de Paris

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 décembre 1892, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC GIOVANNONI

Né à Naples, le 2 octobre 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
 { TUFFIER, LEJARS, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15 |

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		N.
Pharmacologie.		N.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
Clinique médicale	}	G. SÉE.
		POTAIN.
Maladie des enfants		JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		PETER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		BALL.
Clinique chirurgicale	}	FOURNIER.
		CHARCOT.
		TILLAX.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE JEAN GIOVANNONI

A MES FRÈRES

A M. AL. LE ROY DES BARRES

Chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis
Officier de la Légion d'honneur, etc.
(Internat 1891-1892)

A M. S. POZZI

Chirurgien de l'hôpital Pascal-Lourcine
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
(Externat 1888)

A M. M. DEBOVE

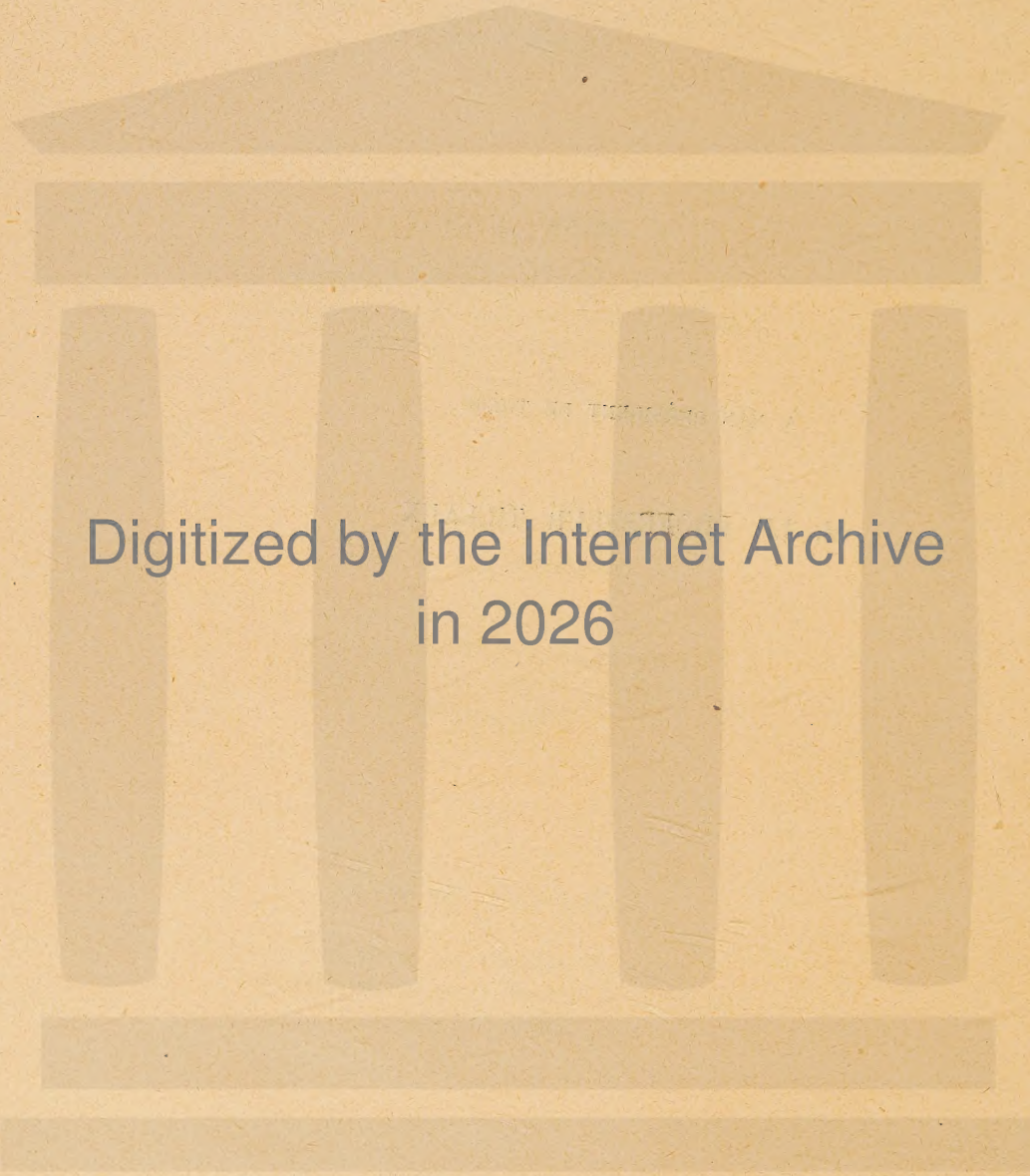
Médecin de l'hôpital Andral
Professeur de Pathologie interne
Chevalier de la Légion d'honneur
(Externat 1889)

A M. P. REYNIER

Chirurgien de l'hôpital Tenon
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
(Externat 1890)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0053

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer, pendant notre internat à l'hôpital de Saint-Denis, trois cas de kystes séreux congénitaux, suivant les conseils de notre excellent maître M. le Dr Le Roy des Barres nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse.

Bien que, depuis un demi siècle ces kystes aient été séparés par César Hawkins et les savants qui lui ont succédé, des autres tumeurs et malformations congénitales, aujourd'hui encore on peut compter, selon la remarque de M. Reclus, le nombre d'observations publiées.

Après les travaux de Wernher, de Gilles, de Lorain, de Wégner, de Middeldorpf et surtout après l'ouvrage de MM. Lannelongue et Achard il reste peu de chose à dire. Nous nous permettons cependant de produire quelques nouvelles observations sur des tumeurs dont la pathogénie divise encore les savants, en y ajoutant le résultat

de nos recherches sur les travaux publiés postérieurement au *Traité des kystes congénitaux* de MM. Lannelongue et Achard.

Dans une communication, faite en 1888, à l'Académie des Sciences de Paris, MM. Verneuil et Clado ont appelé à leur sujet l'attention sur un fait de la plus haute importance, la présence de microbes dans les poches kystiques complètement fermées.

MM. Lannelongue, Achard, ont également publié, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, une note sur dix analyses bactériologiques de kystes dermoïdes.

Nous avons voulu de notre côté rechercher par l'examen direct du liquide et par des cultures, si quelques microbes s'étaient développés dans un des kystes séreux que nous avons pu observer.

MM. les D^{rs} Pilliet et Achard dans deux cas ont bien voulu faire l'examen histologique des kystes que nous leur avons confiés et nous leur adressons nos plus chaleureux remerciements.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier notre maître, M. le D^r Le Roy des Barres, de la grande bienveillance qu'il a montrée toujours à notre égard.

Que M. le D^r Pozzi daigne recevoir le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous prions M. le professeur Debove de vouloir bien nous permettre de rappeler ici avec reconnaissance son nom qui est intimement lié au souvenir des meilleures années de nos études.

M. le D^r Reynier a été notre meilleur appui pendant

la dernière et non la moins fructueuse année d'externat, il nous sera impossible de jamais l'oublier.

Nous remercions bien vivement M. Broca de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter, en nous communiquant une observation de lymphangiome de la lèvre.

Notre excellent ami, M. Favière, pharmacien de l'hôpital de Saint-Denis, a pratiqué, nous ne saurions trop lui en savoir gré, l'analyse chimique des kystes dont nous relatons les observations.

M. le professeur Tillaux, en acceptant de présider notre thèse, nous a fait un honneur auquel nous sommes très sensible.

HISTORIQUE

L'histoire des kystes séreux congénitaux ne remonte, d'après les auteurs classiques, qu'à 1839. En cette année, César Hawkins en publia sept observations et sépara nettement ces tumeurs des autres malformations congénitales. En effet, on a dû confondre, pendant des siècles, ces productions pathologiques avec les monstruosité, pour qu'aucun observateur ne les ait signalées avant l'auteur anglais. C'est la remarque que fait Boucher dans sa thèse ; il attribue, en outre, ce silence, à la rareté de ces tumeurs.

Au cou, leur siège de prédilection, on les a confondues avec des kystes de la glande thyroïde. Ainsi, c'est probablement une observation de kyste séreux congénital du cou, que publie Nicod d'Arbendt en 1840, sous la dénomination de goître des nouveau-nés.

Boyer en 1821 réagit le premier contre cette erreur ; il affirme qu'il se forme quelquefois « entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, sur la membrane qui les unit, derrière le peaucier et le muscle thyro-hyoïdien, une tumeur contenant une matière visqueuse. »

Redenbacher, en 1828, dans sa « *Dissertatio inaug. de ranula sub lingua congenita* » rapproche ces kystes des grenouillettes.

C'est donc Boyer et Redenbacher qui ont les premiers signalé cette entité morbide.

A la suite du travail de Hawkins, les observations se multiplièrent, citons celles de Wernher 1843, de Joseph Gilles 1853, de Virlet 1854.

Lorain publiait, en 1853, la première observation française qu'il avait recueillie dans le service de Nélaton. L'année suivante, il communiquait une autre observation avec un examen histologique dû à Robin.

P. Boucher en 1868, donnait le travail le plus complet, jusque-là, sur cette question.

Cependant, à la suite des études faites en Allemagne, sur les lymphangiomes, surtout par Wegner et Middeldorpf les analogies entrevues entre les kystes que nous décrivons et ces productions, firent entrer dans une voie nouvelle et très féconde, l'histoire de ces tumeurs et leur étude est devenue selon la remarque de MM. Lannelongue et Achard l'un des sujets les plus intéressants parmi les affections congénitales.

Dans leur travail, MM. Lannelongue et Achard passent en revue tous ces travaux, en discutent les résultats, puis, à l'aide de 27 observations personnelles, ils donnent la description anatomique et clinique de ces tumeurs, mettant également en lumière les problèmes de pathogénie qui s'y rattachent. Les observations et les examens histologiques de MM. Hélaré, Walther, Broca, Thiéry, Pilliet, ont fait avancer considérablement cette question.

En résumé, l'histoire des kystes séreux congénitaux peut être divisée en trois périodes :

Première période. — De 1821 à 1839. De Boyer à César

Hawkins : on sépare les kystes des autres malformations congénitales.

Deuxième période. — De 1839 à 1870. De César Hawkins à Boucher : Etude clinique, accumulation d'observations, premier examen histologique par Robin.

Troisième période. — De 1870 à nos jours. De Boucher à MM. Lannelongue et Achard : Examen histologique des parois kystiques. Recherches sur leur pathogénie. Examen bactériologique du contenu et des parois.

Examinons les plus récentes acquisitions.

Dans la séance de l'Académie des Sciences, du 27 décembre 1888, M. le professeur Verneuil et M. Clado communiquaient quatre observations de kystes dermoïdes dont l'examen microscopique fit décèler la présence dans leur contenu de microbes de formes diverses. MM. Lannelongue et Achard à leur tour publiaient en 1890 une étude microbiologique de dix kystes dermoïdes congénitaux, dans laquelle ils concluaient à l'absence, dans ces productions pathologiques, de tout microorganisme, en cas d'intégrité absolue des poches.

On n'a pas encore, à notre connaissance, répété ces examens pour les kystes séreux. Cependant, M. Achard nous dit avoir fait deux analyses bactériologiques de kystes séreux avec un résultat négatif.

De notre côté, nous avons essayé d'obtenir des cultures en ensemençant le contenu d'un kyste séreux dans divers milieux mais nous n'avons vu se développer aucune colonie.

Notre résultat serait donc le même que celui obtenu par MM. Lannelongue et Achard, pour les kystes dermoïdes.

DIVISION. — ÉTIOLOGIE

On divise habituellement les kystes séreux congénitaux, en kystes simples ou uniloculaires et en kystes composés ou multiloculaires.

Cette distinction parut s'imposer dans une discussion qui eut lieu en 1859 à la Société de Chirurgie, sur la thérapeutique à suivre dans le traitement de ces néoformations congénitales.

D'un commun accord on reconnaissait que la ponction suivie d'injection iodée réussit complètement dans les kystes uniloculaires et échoue, le plus souvent, dans les kystes composés. De là, la nécessité de cette division, très importante en clinique, au point de vue des indications opératoires.

Boucher essaye de donner une raison anatomique de cette classification. Il croit, en effet, pouvoir affirmer, d'après ses observations, que les kystes simples ne contiennent que de la sérosité, tandis que les kystes composés peuvent contenir, soit de la sérosité, soit du sang plus ou moins altéré, mêlé souvent à des substances organiques solides, de nature cartilagineuse et osseuse. Mais cette assertion ne nous paraît pas répondre à la réalité, car, dans nombre d'observations de kystes uniloculaires, on a trouvé le contenu sanguinolent dont parle cet auteur. Nous en donnons nous-même un exemple.

Du reste, la simplicité des kystes n'est souvent qu'apparente. Plus d'une fois, on trouve, après la ponction, une masse indurée, une véritable tumeur que la collection liquide dissimulait.

Enfin, l'étude histologique des parois kystiques n'a laissé aucune base anatomique à cette division. Nous rapportons textuellement ce passage important du travail de MM. Lannelongue et Achard, qui prouve combien est peu naturelle la division des kystes, basée sur la quantité de leurs loges.

« Les examens anatomiques montrent qu'une loge, supposée simple, n'est pas toujours unique, qu'il y a, en réalité, souvent plusieurs poches communiquant entre elles ou que la paroi présente des cavités secondaires incluses, des cloisonnements incomplets, ou une disposition trabéculaire semblable à celle qu'on observe dans les loges principales des kystes composés. Enfin, dans une observation de Cazin, un kyste simple envoyait des prolongements diverticulaires dans les parties profondes. La distinction n'est donc pas nettement tranchée entre les kystes simples et les kystes composés ; on observe toutes les variétés intermédiaires entre les uns et les autres. »

M. Lannelongue et M. Achard rapprochent ensuite ces kystes des tumeurs analogues de l'ovaire et font remarquer que ceux-ci ne forment pas deux espèces différentes, selon qu'ils sont composés d'une ou de plusieurs loges, cette disposition n'étant qu'une forme d'un même ordre de tumeurs.

M. Walther, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, reconnaît aussi que « la division des kystes en

uniloculaires et multiloculaires importante en clinique, et au point de vue des indications thérapeutiques, n'est justifiée anatomiquement par aucune différence de structure suffisante. » Il compare les kystes séreux congénitaux aux kystes de l'ovaire et les masses indurées des premiers aux gâteaux de kystes que l'on rencontre fréquemment dans les tumeurs ovariques de cette nature.

La seule notion étiologique précise de cette variété de kystes est leur origine congénitale.

Ils se développent pendant la vie intra-utérine, et le plus souvent ils sont reconnus au moment de la naissance de l'enfant. Quelquefois ils peuvent rendre l'accouchement difficile, leur développement est assez précoce : MM. Desprès et Lelong les ont rencontrés chez un fœtus de cinq mois. Guillaumet a publié une observation de kyste séreux chez un fœtus de quatre mois et demi, on les a trouvés sur des fœtus de quatre mois (Morgan et Lorain).

Maintes fois on ne remarque ces tumeurs que quelque temps après la naissance. Dans une de nos observations le kyste n'a attiré l'attention qu'à l'âge de deux ans.

Le sexe, l'hérédité, les accidents de la grossesse, l'état général des parents ne paraissent pas avoir une influence appréciable dans l'étiologie de ces kystes. Cependant le sexe aurait, pour Wernher, une certaine importance au point de vue de la disposition topographique des tumeurs kystiques. Il semble croire que les kystes de la région antérieure du cou sont plus fréquents chez les enfants mâles et ceux de la région postérieure chez les enfants de sexe féminin. Cette opinion n'a pas été confirmée par les observations ultérieures.

La coïncidence de vices de conformation n'est pas plus fréquente pour ces tumeurs que pour les autres affections congénitales (Lannelongue et Achard). Par contre, à la suite des études modernes sur le lymphangiome et des aperçus nouveaux sur la pathogénie des kystes congénitaux, on attache aujourd'hui la plus grande importance à la coexistence d'autres anomalies, angiomes, hypertrophies congénitales, états éléphantiasiques par ectasies lymphatiques, qui paraissent avoir plus d'un point de contact avec la pathogénie des productions qui nous occupent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous occupant des kystes séreux congénitaux de la face et du cou, nous ne nous étendrons pas longuement sur leur description topographique dans les autres régions.

Le cou est leur véritable lieu d'élection, cependant ils peuvent être rencontrés sur toutes les parties du corps. Comme le font remarquer MM. Lannelongue et Achard, leur distribution ne présente rien de régulier et n'est soumise à aucune loi déterminée. Tandis que les kystes dermoïdes et mucoïdes, avec lesquels ils ont été confondus, sous le nom de kystes branchiaux, ont un siège bien défini, correspondant à la disposition anatomique des fentes branchiales, les kystes séreux, au contraire, se rencontrent, tantôt sur le cou, tantôt à la nuque, tantôt sur les membres supérieurs, tantôt sur le dos, sans aucune régularité, ni de forme, ni de volume, ni de position.

On a soutenu que les kystes à plusieurs loges jouissaient particulièrement de cette indépendance de siège, tandis que les kystes uniloculaires se développeraient exclusivement à la région antéro-latérale gauche du cou. Cette assertion est infirmée, entre autres, par l'observation de Fifield.

Sur la disposition topographique des kystes séreux congénitaux on peut faire les remarques suivantes :

1° Les kystes de la région postérieure sont beaucoup plus rares que ceux des autres régions ;

2° Le volume des kystes unilatéraux est le plus souvent moindre que celui des kystes médians ;

3° Les kystes volumineux du cou sont généralement limités en haut, par la courbe du maxillaire inférieur et latéralement par les sterno-mastoïdiens.

Cependant, quelquefois ils dépassent le bord inférieur du maxillaire et s'étalent sur la joue entraînant diverses déformations de la face, mais rarement ils s'avancent au-delà d'une ligne étendue de l'oreille à la commissure labiale (MM. Lannelongue et Achard).

Fréquemment ces tumeurs font saillie dans le plancher buccal sous forme d'une masse bleuâtre rénitente.

L'envahissement du médiastin antérieur par la masse kystique est rare. Mentionnons à ce sujet l'observation si intéressante de MM. Lannelongue et Achard, où la tumeur, très volumineuse, occupait toute la région latérale du cou, plongeait inférieurement dans l'intérieur de la poitrine et reparaissait à la superficie, du côté opposé, sous forme d'une saillie marronnée située au niveau de la partie externe de la clavicule (Obs. LXII). Cette volumineuse tumeur présentait des mouvements alternatifs d'expansion et d'affaissement, à l'expiration et à l'inspiration.

Ajoutons pour terminer ce court aperçu, qu'on a rencontré les kystes séreux dans la cavité abdominale. Selon

MM. Lannelongue et Achard, on peut ranger dans ce groupe, les tumeurs qui ont été décrites sous le nom de chylangiomes.

Bien que, dès 1854, Lorain ait publié une observation de kyste séreux congénital, avec un examen histologique par Robin, on peut pourtant dire que l'anatomie pathologique de ces kystes est tout à fait récente.

C'est surtout aux travaux de Middeldorpf, de Wégner, de Virchow et plus récemment à ceux de MM. Lannelongue et Achard, qu'on doit les connaissances actuelles sur leur structure.

Nous faisons dans ce résumé les plus larges emprunts à l'ouvrage de MM. Lannelongue et Achard.

Le volume et la forme de ces kystes sont des plus variables. Ils se développent, le plus habituellement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce fait a son importance, surtout pour la pathogénie de ces tumeurs, car il infirme l'opinion des auteurs qui croyaient à une transformation kystique des nævi et angiomes dont le siège est d'ordinaire dans le derme.

Prenant leur origine dans le tissu cellulaire sous-cutané, les kystes congénitaux envoient des prolongements le long des gaines des vaisseaux, et, disséquant pour ainsi dire les muscles environnants, ils vont adhérer dans la profondeur à des organes variés.

Cette tendance manifeste aux adhérences et à l'envahissement a été déjà signalée par César Hawkins en 1839. Il redoute pour l'opérateur ces adhérences, souvent dissimulées par une mobilité apparente de la tumeur kystique.

L'enveloppe est formée par une trame de tissu conjonctif plus ou moins lâche qui adhère souvent aux organes voisins « sans que la dissection puisse isoler aucune couche celluleuse entre elle et ces organes » (Lannelongue et Achard).

Les kystes séreux multiloculaires se présentent comme une masse unique dont la division en lobules est plus ou moins manifeste et qui a été comparée à une grappe de raisin. En quelques points on peut voir une agglomération de petits kystes blancs, qui ont été comparés par Deguise à des œufs de poisson. Autour de la masse principale on peut rencontrer de petits kystes isolés.

Les vésicules, de dimensions très différentes, peuvent être en nombre considérable (plusieurs centaines, Wer-nher), ou peu nombreuses comme dans le cas de J. Gilles, où il existait deux cavités communiquant par un canal étroit.

La paroi interne des cavités, comparée par MM. Lannelongue et Achard, à la face interne des cavités cardiaques, apparaît avec les caractères d'une membrane séreuse de couleur blanchâtre, lisse et humide : par-ci par-là on y voit des bandelettes variées et des trabécules diversement croisées, des cloisons incomplètes des brides.

La cavité principale communique, par des orifices, limités par les reliefs que nous venons de décrire, avec des cavités secondaires, de forme variable. Celles-ci, à leur tour, peuvent communiquer avec d'autres vésicules, donnant à la masse un aspect caverneux (Lannelongue et Achard).

Des vaisseaux assez abondants rampent dans les

cloisons complètes ou incomplètes et dans les trabécules. Ils sont situés immédiatement au-dessous de l'épithélium qui tapisse les cavités, ce qui expliquerait la fréquence de la présence de sang dans le contenu des kystes congénitaux.

Au milieu des cloisons et dans le tissu conjonctif, on rencontre du tissu adipeux, quelquefois en telle quantité que la tumeur mérite le nom de kysto-lipome.

On peut trouver, en outre, dans ces tumeurs, des nodules cartilagineux, des fragments osseux, des faisceaux musculaires, des lobules de glande salivaire, comme englobés dans la marche envahissante de la masse kystique.

Le contenu peut être une sérosité kystique, jaune ambre ou légèrement verdâtre ; quelquefois il est parfaitement clair et transparent. La coloration est, du reste, très variable. Elle dépend de la quantité et de l'âge du sang épanché. Dans une même tumeur on peut rencontrer des loges dont les teintes sont différentes. Ce fait est important pour MM. Lannelongue et Achard car « il donne la preuve de l'indépendance des loges et il montre encore l'impossibilité d'une classification de ces tumeurs, fondée sur les caractères tirés des parties qu'elles renferment. »

Ce liquide, habituellement alcalin, est formé d'eau et d'albumine, avec des sels. Comme éléments figurés on y rencontre des hématies, des leucocytes, des plaques épithéliales, des cristaux d'hématoïdine et de cholestérine.

Dans une analyse chimique que nous devons à la complaisance de M. Favière, pharmacien de l'hôpital de Saint-Denis, on a trouvé que le liquide était neutre et qu'il

contenait des leucocytes; il n'y avait pas de cristaux de cholestérine, la quantité de chlorure de sodium était de 6 gr. 20 par litre.

Le revêtement des cavités kystiques a la plus grande importance dans l'étude des kystes séreux congénitaux. L'imprégnation par le nitrate d'argent a permis de mettre en évidence l'endothélium qui les recouvre, c'est l'endothélium des séreuses. Ses cellules, à contours irréguliers, sont dépourvues de dentelures et n'ont pas la disposition caractéristique de l'endothélium lymphatique, cependant Waldeyer a observé cette disposition dans le cas de Reichel.

Les cellules endothéliales recouvrent la surface de toutes les cloisons, même les plus minces. « Quelquefois, » dit M. Walther, dans les anfractuosités des loges, elles « sont plus épaisses au point de simuler un épithélium cubique. »

Les parois des loges sont formées de tissu conjonctif, qui peut, dans une même tumeur, présenter des caractères différents.

On a signalé des fibres musculaires lisses dans les parois kystiques, disposées d'une façon tout-à-fait irrégulière.

On y rencontre, en outre, des bourgeons papillaires qui dépendent de la couche interne de la paroi. Dans leur épaisseur rampent de nombreux vaisseaux, aussi bien que dans les parois des loges et, comme dans celles-ci, ils sont situés immédiatement au-dessous de l'épithélium.

MM. Lannelongue et Achard, décrivent des lymphatiques et des nerfs en petit nombre.

Les caractères histologiques de ces tumeurs, disent MM. Lannelongue et Achard « sont, on le voit, assez variables, et nous retrouvons, dans ces kystes, la même « diversité que nous rencontrons, d'une manière si habituelle et si remarquable, dans un grand nombre de « tumeurs congénitales.

« Là aussi, cette variabilité de caractères s'observe, non « seulement d'une tumeur à l'autre, mais encore entre les « différentes parties de la même tumeur. Aussi n'est-il pas « possible d'établir, parmi ces kystes, des variétés anatomiques correspondant à des formes spéciales de tumeurs « ou à des stades d'une même production. En général, l'état jeune du stroma conjonctif, l'existence de nombreux « diverticules des cavités kystiques, qui s'enfoncent profondément dans la paroi, et déterminent, au milieu du stroma, une sorte de clivage, la présence de végétations très « découpées et formées d'un tissu conjonctif embryonnaire, « indiquent une tumeur en voie d'accroissement. Au contraire, l'abondance du tissu fibreux, la forme aplatie des « cavités, réduites à l'état de fentes étoilées, l'existence de « gros bourgeons de tissu conjonctif adulte, qui tendent à « combler ces cavités, seront des indices de l'état stationnaire et même de la régression de la tumeur ».

Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur la tendance qu'ont ces tumeurs à envahir les parties voisines.

Quelquefois cet envahissement se fait progressivement, lentement, d'autres fois sous l'influence de causes jusqu'ici indéterminées, il prend des allures très rapides et alors on voit la tumeur prendre un accroissement considérable en

quelques jours. Cependant leur développement reste localisé et la généralisation n'a pas été observée.

L'augmentation de volume se fait pour une faible part par la distension des poches, mais principalement par la formation successive de nouvelles cavités, qui pénètrent dans le tissu conjonctif séparant les organes voisins ; le stroma conjonctif lui aussi cependant y contribue.

Le développement progressif de ces kystes, dont les causes nous échappent, à moins d'invoquer un traumatisme quelconque, est quelquefois la cause de leur guérison, les loges, après avoir envahi la peau, pouvant alors se vider à l'extérieur.

De même la transformation des kystes, en une masse lipomateuse, au moyen du tissu adipeux des parois, peut conduire à la guérison.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des kystes séreux congénitaux a été l'objet des interprétations les plus variées, mais elle tend aujourd'hui à s'affirmer ; un grand pas, en effet, a été fait grâce particulièrement aux examens histologiques des poches kystiques. Nous savons maintenant que ces productions congénitales sont indépendantes des divers systèmes glandulaires auxquels on les avait d'abord rattachées. De son côté, l'étude de certains états éléphantiasiques, par ectasie lymphatique, a établi les analogies qui existent entre eux et ces kystes, et contribué ainsi à éclaircir leur pathogénie.

L'hypothèse de Kedenbacher, qui, en 1828, assignait comme origine à ces tumeurs les glandes salivaires, sous-maxillaires et sublinguales, et qui a paru confirmée par l'observation de Blachez (absence d'une glande), n'est pas conforme à la réalité, car la structure des kystes séreux n'autorise pas à leur attribuer pour point de départ les acini glandulaires. Si des lobules de glande ont été retrouvés dans des examens histologiques, ayant été englobés par la tumeur, on a pu s'assurer qu'ils n'étaient point altérés, mais seulement enveloppés par les cavités kystiques.

La théorie qui donnait comme origine le ganglion inter-carotidien d'Arnold pour les kystes du cou et la glande

de Luschka, pour ceux du siège, ne serait applicable qu'aux productions de ces deux régions et n'expliquerait nullement la présence des kystes sur le tronc et sur les membres. De plus, l'examen histologique ne permet pas d'assimiler ces glandes aux kystes congénitaux.

Nous avons vu plus haut que c'est dans le tissu conjonctif sous-cutané que se développent ces tumeurs et c'est là qu'on en a recherché en troisième lieu les origines.

Pour Vernher, il s'agirait d'une néoformation pseudoplastique, mais il n'explique pas comment se forment les diverticules qui composent les kystes. MM. Lannelongue et Achard ne peuvent admettre qu'il s'agisse de cavités séreuses accidentelles car « la disposition caverneuse des loges et l'existence d'une couche musculaire dans la paroi, ne permettent pas l'assimilation du plus grand nombre de ces tumeurs avec les hygromas (hygromas kystiques congénitaux). »

Si l'on considère les rapports qui existeraient normalement, d'après certains auteurs, entre les cavités séreuses, les voies lymphatiques et les espaces conjonctifs, on est amené à regarder ces espaces comme le lieu d'origine de leur développement ; mais nous devons aussitôt faire remarquer que les communications entre le système lymphatique avec les espaces conjonctifs sont encore un sujet de discussion.

Laissant de côté les théories anciennes, les deux qui réunissent aujourd'hui les plus nombreuses adhésions sont celles qui donnent aux kystes séreux une origine lymphatique ou vasculaire.

En faveur de la théorie de la transformation kystique

d'une tumeur érectile, il y a l'observation de Holmes Coote (1849), qui, dans un cas observé à la clinique de Lawrence, a trouvé sur un point de la poche kystique un amas de vaisseaux dilatés et flexueux. Cruveilhier et Broca partagèrent cette façon de voir. Pour expliquer comment le contenu, primitivement sanguin, pouvait devenir séreux, on admettait que des portions de tumeurs érectiles, s'étant séparées de la circulation, leur contenu subissait des modifications ultérieures qui finissaient par lui donner l'aspect séreux.

Mais, d'abord Buscher en 1856, pour expliquer la présence des vaisseaux dilatés et flexueux de Coote, émit l'opinion que ces vaisseaux pouvaient entrer secondairement en rapport avec les kystes, par usure de leurs parois.

Virchow, plus tard, expliqua la transformation kystique des angiomes d'une part, par la combinaison des tumeurs érectiles avec des kystes séreux, d'autre part par une fusion d'angiomes sanguins et lymphatiques.

MM. Lannelongue et Achard de leur côté insistent sur la présence fréquente de nombreux vaisseaux dans la paroi des cloisons, sur leur dilatation, sur leur forme sinueuse et ne sont pas loin d'admettre que des angiomes peuvent très bien y prendre naissance à cause de cette abondance de vaisseaux. En outre, font-ils remarquer, les angiomes ont leur siège généralement dans le derme, tandis que les kystes ne l'envahissent que secondairement et c'est dans le tissu conjonctif sous-cutané qu'ils se développent habituellement.

La dernière théorie, qui a été adoptée par plusieurs

auteurs, est celle qui place dans l'appareil lymphatique l'origine des tumeurs kystiques congénitales.

Cette théorie qui prit naissance à la suite des travaux de Wegner et Middeldorpf n'est pas encore appuyée par une démonstration anatomique précise. Cependant elle paraît être la plus rationnelle, et celle qui, plus qu'aucune autre, expliquerait les analogies que l'on rencontre entre les kystes séreux et des productions lymphatiques, quelquefois coexistantes.

L'épithélium des cavités kystiques, bien étudié dans ces dernières années, ne permet pas d'affirmer leur origine lymphatique, son imprégnation au nitrate d'argent ne montre pas en effet la disposition en jeu de patience et les dentelures caractéristiques de l'endothélium lymphatique, mais cette disposition plusieurs histologistes l'admettent un peu, n'est pas absolument nécessaire pour spécifier un revêtement lymphatique.

Wegner et ses partisans acceptent trois modes de développement pour les cavités kystiques :

1° La dilatation des canaux lymphatiques préexistants, à la suite de l'oblitération de canaux plus volumineux ;

2° La prolifération de l'endothélium des parois (néoplasie homoplastique) ;

3° La formation de cavités lymphatiques nouvelles dans un tissu de granulation (néoplasie hétéroplastique).

Pour MM. Lannelongue et Achard, le développement des kystes se fait par les diverticules nombreux qu'ils ont signalés. En effet, c'est au niveau de ces diverticules qu'ils ont presque toujours rencontré un épithélium plus

jeune et de forme moins aplatie. A leur voisinage on rencontre des éléments embryonnaires qui paraissent se former à cause de l'irritation produite par le développement du diverticule qui jouerait le rôle « d'épine irritante » (MM. Lannelongue et Achard).

L'argument capital en faveur de la théorie lymphatique est fourni par les analogies des kystes séreux avec des productions lymphatiques diverses et quelquefois coexistantes.

Ces kystes ne paraissent pas avoir une individualité nettement caractérisée, mais résulter plutôt de la combinaison des trois formes anatomiques assignées aux tumeurs lymphatiques.

Ainsi les kystes séreux ont des analogies aussi bien avec le lymphangiome simple qu'avec le lymphangiome caverneux et le lymphangiome kystique.

Parmi ces productions lymphatiques, la macroglossie, étudiée par Virchow, Billroth, etc., ainsi que la macrochélie (Obs. LXXIV de Lannelongue et Achard) ont beaucoup d'analogie avec les kystes séreux. Il en est de même de certaines hypertrophies congénitales des joues et des membres, avec état éléphantiasique (Obs. LXXV, *l. c.*).

Ces faits, constatés par Virchow, l'ont amené à rapprocher toutes ces malformations congénitales des kystes séreux, qu'il considère comme la forme kystique de l'éléphantiasis congénital.

Middeldorpf fait un rapprochement entre les kystes congénitaux et certaines productions lymphatiques, comme les téléangiectasies produites par la gêne de la circulation et résultant d'une compression.

Cependant, tout en rendant justice à cette doctrine de l'origine lymphatique des kystes, qui met en série nombre d'affections dignes d'être rapportées, MM. Lannelongue et Achard estiment qu'il « ne faut pas se laisser entraîner trop loin dans cette voie et qu'il importe de ne pas exagérer le rôle et l'importance des modifications du système lymphatique dans ces productions anormales. » Et un peu plus loin ils ajoutent : « Quant à la question des kystes séreux qui forme un des termes de cette série, nous n'avons pas de preuve directe qui nous autorise à conclure, avec certitude, à leur provenance lymphatique. »

Si l'on adoptait cette manière de voir, on pourrait considérer ces kystes comme une sorte d'aberration de l'appareil lymphatique.

Nous sommes amené à nous ranger d'autant mieux aux conclusions de ces auteurs que nos observations personnelles nous conduisent aux mêmes résultats. Dans un cas que nous rapportons plus loin (Obs. III), le diagnostic de kyste séreux congénital s'imposait. Il s'agissait bien d'une tumeur mollassse, diffuse, d'aspect séreux, ayant la coloration bleuâtre spéciale aux productions de cette nature, contenant un liquide clair, citrin, présentant, en somme, tous les caractères des kystes séreux congénitaux, et pourtant M. Pilliet affirme, par son examen histologique, l'origine lymphatique de cette tumeur citée plus loin dans l'observation de M. Tarnier n'avait-on pas diagnostiqué un kyste congénital du cou, tandis qu'en réalité il s'agissait d'une tumeur vasculaire ?

De nouveaux faits viendront certainement confirmer l'origine lymphatique des kystes séreux congénitaux, en

discussion encore actuellement, et le moment n'est sans doute pas éloigné où le nom même des kystes séreux congénitaux pourra disparaître de la nosographie et être remplacé par celui de lymphangiome kystique congénital.

A la question de l'origine des kystes congénitaux, se rattache naturellement l'étude bactériologique qui a été faite dans ces dernières années pour un certain nombre de cas.

On s'est demandé si les tumeurs dites simples ou bénignes, susceptibles d'un accroissement local, par extension de proche en proche, mais incapables de se généraliser par le développement à distance de foyers secondaires, pouvaient reconnaître, parfois, une origine parasitaire. Les tumeurs congénitales offraient particulièrement un intérêt considérable car une autre question se posait simultanément : l'organisme, protégé par l'épithélium intact de ses téguments externe et interne, peut-il se laisser envahir par les microbes ?

En 1866, M. Poncet, du Val-de-Grâce, ayant cru rencontrer, dans la paroi et le contenu de diverses productions sébacées, des micro-organismes, pense avoir découvert la cause de la formation et du développement de ces tumeurs. Il nomma microcoque sébacé, le micro-organisme qu'il venait de décrire et il lui attribua la genèse de toutes les productions sébacées sans distinction d'origine et de position. Mais bientôt on s'aperçut que ces microcoques n'étaient que des granulations, colorées par les couleurs d'aniline, comme le démontre M. Garré. De plus, cet auteur ayant essayé, dans quatre cas d'athérome

d'obtenir des cultures vit toujours les milieuxensemencés rester stériles.

Plus tard, en 1838, MM. Verneuil et Clado, dans la séance de l'Académie des Sciences du 27 décembre, communiquèrent quatre analyses bactériologiques de kystes dermoïdes, dans lesquelles on avait constaté la présence de nombreuses bactéries; trois de ces analyses sont données comme certaines, la quatrième comme douteuse.

Il s'agissait de deux kystes dermoïdes du plancher buccal, et de deux kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Ces auteurs se procuraient le liquide quelque temps avant l'opération, en prenant toutes les précautions possibles, puis, après lui avoir fait subir les préparations d'usage, il était examiné au microscope.

Les bactéries de MM. Verneuil et Clado étaient « en nombre variable, de formes diverses, susceptibles d'être multipliées par les cultures ». Ces cultures, inoculées à des souris et à des cobayes ont paru parfaitement inoffensives.

Au point de vue de la forme, ces auteurs décrivent « des bâtonnets ressemblant à ceux de la fièvre typhoïde, de 7 μ environ, légèrement recourbés et arrondis à leur extrémité, isolés ou réunis en groupes dans l'intervalle des cellules épidermiques ou épithéliales ». Ces bâtonnets liquéfiaient la gélatine et se disposaient en étoile. « La culture sur l'agar glycérimé donne une tache d'un blanc grisâtre, un peu exubérante, à bords légèrement relevés ». Ces microbes ont été trouvés dans un kyste de la queue du sourcil.

Dans les kystes du plancher de la bouche, ils ont

découvert une grande quantité de microcoques, mobiles, libres, ne formant ni amas, ni grappes, ni chapelets, ni chaînettes. La paroi en était dépourvue.

Le résultat obtenu par l'examen du contenu et des parois du quatrième kyste est douteux, car le liquide, recueilli pendant l'opération, a pu être souillé par des germes étrangers.

MM. Verneuil et Clado, après avoir exposé le résultat de leurs recherches, n'hésitent pas à affirmer qu'une conclusion générale serait prématurée, vu le petit nombre de faits produits ; cependant ils font les remarques suivantes :

1° Les kystes, dans lesquels on a rencontré des microbes, bien qu'indolents comme d'habitude, étaient en voie de progrès manifeste, quand les malades sont venus à l'hôpital. Il serait donc possible que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement, dont les causes sont actuellement peu connues, les kystes en question pouvant rester stationnaires pendant de longues années.

2° Les kystes dermoïdes de la face entièrement développés et clos pendant la vie intra-utérine et dont la cavité n'a jamais été en communication directe avec le monde extérieur, n'ont pu recevoir les microbes qui les habitent, que par l'intermédiaire du système vasculaire qui naturellement les renfermait au préalable.

3° La présence de microbes dans les kystes dermoïdes ne se révélant par aucun signe objectif, nous fournit un nouvel exemple de ce que l'un de nous a décrit sous le nom de microbisme latent.

Deux ans après cette communication à l'Académie des Sciences, MM. Lannelongue et Achard publiaient dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1890, page 293), une étude microbiologique de dix kystes congénitaux.

Le procédé par lequel ces auteurs recueillaient le contenu des kystes est différent de celui employé par MM. Verneuil et Clado. La poche était ouverte, après l'extirpation, avec des instruments flambés et le contenu était cultivé sur divers milieux.

Dans les dix cas, huit fois les milieux ensemencés restèrent stériles. Deux fois ils donnèrent des cultures abondantes.

Nous nous dispenserons d'analyser les cas négatifs en insistant seulement sur certaines particularités qu'offraient les kystes congénitaux dans le contenu desquels l'analyse montra la présence de bactéries.

Ces kystes siégeaient tous deux au cou. Le premier, chez un enfant de deux mois, était le type des kystes branchiaux ; il envoyait un prolongement dans la direction de l'os hyoïde et, point important, « il communiquait avec l'extérieur, par un petit orifice cutané d'où suintait, avant l'opération, un peu de liquide laiteux ». La culture du liquide contenu dans le kyste fournit plusieurs espèces de microbes, bâtonnets, bacilles et microcoques dont la présence s'explique facilement par l'existence de l'orifice cutané qui faisait communiquer la cavité avec l'extérieur.

La seconde tumeur renfermait un pus jaune verdâtre, crémeux, homogène. On y retrouvait tous les caractères de l'inflammation suppurative. On obtint des cultures d'un

microcoque ayant une grande ressemblance avec le *staphylococcus pyogene albus*.

Mais l'enfant porteur de ce kyste présentait deux particularités qui pouvaient expliquer la présence de bactéries dans son intérieur. C'était d'abord un accident local : l'existence d'une cicatrice manifeste, à la surface de la tumeur. Cette cicatrice témoignait de la présence au niveau de la tumeur d'un trajet plus ou moins ancien qui aurait pu être la porte d'entrée des micro-organismes. La seconde particularité pourrait expliquer l'envahissement de la tumeur par des microbes venant de la circulation générale. En effet, l'enfant en question avait eu une maladie infectieuse, la rougeole, deux mois avant d'entrer à l'hôpital pour son kyste ; ce fait suffit pour donner un certain poids à l'hypothèse d'une infection secondaire.

MM. Lannelongue et Achard concluent que les différents kystes qu'ils ont analysés se sont montrés le plus souvent dépourvus de microbes.

« Dans les cas où la présence des microorganismes a été constatée, elle était liée à une condition particulière en laquelle elle trouvait sa raison d'être. »

Leurs recherches leur ont appris que les kystes congénitaux, tant que leurs parois ont conservé les caractères des tissus normaux et que leur cavité n'a pas été mise en communication avec le monde extérieur, ne renferment pas des microbes, du moins ne renferment pas des microbes cultivables dans les milieux qui sont actuellement d'un emploi ordinaire en bactériologie.

Nous avons voulu rappeler ces travaux bactériologiques,

qui ont trait aux kystes dermoïdes, parce que par leur origine congénitale ils se rapprochent de ceux qui nous occupent. Des analyses bactériologiques n'ayant pas été faites pour ces derniers, on pourrait *a priori* par analogie les estimer dépourvus de microorganismes. C'est en effet ce qui résulte de deux examens bactériologiques de kystes séreux congénitaux que M. Achard nous a dit avoir pratiqué après la publication de l'article des *Annales de l'Institut Pasteur*.

Nous avonsensemencé le contenu d'un seul des kystes que nous avons pu observer et le résultat a été négatif.

Après l'extirpation de la poche, nous avons recueilli le liquide avec toutes les précautions habituelles suivant en cela l'exemple de MM. Lannelongue et Achard.

Bien qu'il soit peut être imprudent de vouloir déduire des conclusions générales, d'après un nombre aussi minime d'observations, pourtant, en nous appuyant sur les résultats obtenus par l'étude bactériologique des kystes dermoïdes, nous pouvons admettre comme probable l'absence des bactéries dans les poches kystiques congénitales non enflammées et ne communiquant pas avec l'extérieur.

SYMPTOMES

Nous avons signalé l'irrégularité de siège et de volume des kystes congénitaux séreux.

Leur aspect est celui des tumeurs qu'on appelle communément séreuses sans que pour cela il faille attacher la moindre importance anatomique à cette dénomination.

Leurs contours, quelquefois assez nets, sont souvent difficiles à préciser, indépendamment de leurs connections avec les parties profondes.

En général, on ne constate pas d'altération de la peau qui les recouvre; lorsqu'elle n'est pas envahie, celle-ci glisse facilement sur la masse de la tumeur et, à part une certaine distension, elle est normale. Quelquefois on voit à sa surface des sillons plus ou moins larges et profonds qui correspondent aux cloisons qui séparent les cavités. Par transparence, on voit la peau sillonnée de veinules situées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans certains kystes elle prend des reflets bleuâtres, et si la tumeur fait saillie dans la bouche, la muqueuse présente aussi cette coloration qui l'a fait comparer à une grenouillette; et à ce niveau la peau est quelquefois d'une extrême minceur.

La consistance, en certain cas élastique et rénitente, est le plus souvent mollassse et spongieuse. La fluctuation est souvent difficile à constater. Par la palpation, on peut trouver des masses indurées qui ne sont autres que

les productions cartilagineuses et osseuses dont nous avons parlé.

La mobilité de la tumeur, qu'on doit toujours rechercher avec soin, en vue des indications thérapeutiques, est quelquefois parfaite. C'est qu'alors le kyste siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'a pas envoyé de prolongements dans la profondeur. Cependant il est facile de se tromper, et un kyste, en apparence mobile, peut avoir, en réalité, contracté de nombreuses adhérences avec les organes profonds (Hawkins).

Un autre symptôme très important à étudier est la réduction de la tumeur par la compression. Le diagnostic entre ces kystes et des collections liquides dépendant des séreuses, comme les méningocèles, est souvent éclairé par la constatation de ce symptôme.

Le plus souvent ces masses kystiques ne sont pas réductibles par la pression. Si l'on réussit à déprimer un point de la tumeur, on voit un autre point se tendre à son tour par refoulement du liquide d'une poche dans une autre.

Les cris et les efforts ont une certaine influence sur la tension des kystes ; elle est due à la contraction des muscles sous-jacents et à la richesse vasculaire de la tumeur. Quand elle siège sur le cou, si la masse kystique a envoyé des prolongements dans le thorax, on voit la tumeur se tendre et gonfler pendant les cris de l'enfant, tandis qu'elle s'affaisse dans l'inspiration, elle peut être en outre réductible comme dans l'intéressante observation de MM. Lannelongue et Achard (Obs. LXII).

La douleur spontanée, à la pression est nulle.

Les kystes du cou sont toujours sous-aponévrotiques, tandis que ceux des membres peuvent être, ou sous-cutanés, ou tout à la fois sous-aponévrotiques et sous-cutanés. On a vu tous ces kystes devenir par envahissement sous-cutanés et s'ouvrir même au dehors (Werner).

Les troubles fonctionnels qu'engendrent ces kystes ne méritent pas une mention spéciale. Ordinairement nuls, ils ont pu amener, aux membres, un état permanent de contracture (*l. c.*, obs. LXIX de MM. Lannelongue et Achard), au cou, une gêne de la déglutition et de la respiration (Schwerin). Dans un cas de Parrot, on observait des attaques de cyanose, avec apnée et état de mort apparente qui durait cinquante minutes. On a encore signalé des vomissements qui ont été attribués à une ompression des pneumogastriques.

DIAGNOSTIC

En présence d'une tumeur, dont l'origine congénitale est certaine, et qui ne paraît pas dépendre des cavités séreuses, il faut toujours songer aux kystes congénitaux. Quant à en préciser la nature, dermoïde, mucoïde, etc., ou séreuse, le plus souvent l'hésitation ne sera pas longue, étant donnés les caractères différents de disposition topographique et d'aspect de ces diverses espèces.

En général, la recherche de la fluctuation, pour déterminer la nature liquide de la tumeur, ne donne pas des résultats bien nets, car ainsi que nous le disions plus haut, ces tumeurs ont une consistance mollassse et spongieuse, ne donnant pas la sensation recherchée.

Le diagnostic devient plus difficile pour les tumeurs du siège, mais en tout cas l'erreur n'aurait pas une bien grande importance.

Du reste, si les signes propres aux kystes séreux congénitaux ne suffisaient pas à éclairer le diagnostic on pourrait avoir recours, avec avantage, à la ponction exploratrice. Cette méthode, absolument innocente, si on la pratique selon les règles de l'asepsie, permet, non seulement d'établir la nature liquide de la tumeur, mais elle facilite singulièrement son exploration. La déplétion d'une loge laisse sentir d'autres cavités distendues par le

liquide et favorise la recherche de ces prolongements profonds qui faisaient redouter à César Hawkins une intervention radicale.

Après la ponction, on voit sourdre quelquefois une quantité de liquide minime, comparée au volume de la masse; c'est qu'on a affaire, probablement, à un kyste multiloculaire. Dans ce cas la déchirure d'une cloison avec la pointe de l'aiguille exploratrice peut donner un écoulement plus abondant.

On pratiquera donc la ponction exploratrice toutes les fois, assez rares d'ailleurs, où le diagnostic reste hésitant.

Nous avons vu que Redenbacher avait confondu les kystes avec les « *ranulæ sub linguâ congenitæ*. » Cette erreur a pu être commise dans d'autres cas, surtout à l'époque où l'histoire des kystes congénitaux n'était pas encore solidement assise; mais aujourd'hui, par leur siège, leur forme et leur direction, les grenouillettes ne doivent plus être confondues des kystes,

Les tumeurs kystiques du corps thyroïde se différencient facilement par leur mobilité, due à l'ascension du larynx, dans la déglutition, par le gonflement du corps thyroïde et par l'absence de prolongement.

En présence de kystes du cou ou du siège, situés à proximité des vertèbres, on peut penser avoir affaire à des tumeurs dépendant des méninges. Dans ce cas, la base d'implantation large, propre aux kystes, l'absence de gonflement pendant l'expiration et de troubles nerveux divers pendant la compression, doivent faire rejeter, le plus souvent, l'idée d'une méningocèle. Cependant, un

sac de méningocèle, isolé par oblitération du pédicule, peut ne pas présenter l'ensemble de ces symptômes. Alors, l'examen chimique du liquide aurait une certaine importance. Si l'on constatait la présence d'albumine et une quantité plutôt faible de chlorure de sodium, on pourrait pencher pour l'hypothèse d'un kyste. Toutefois, remarquons-le, une méningocèle enflammée peut contenir un liquide albumineux.

Le diagnostic est encore plus difficile à la région sacrée, où les deux altérations congénitales peuvent coexister.

La distinction entre les kystes congénitaux et certains angiomes ne manque pas de difficultés, malgré les signes propres aux angiomes, réductibilité à la compression, gonflement dans la position déclive et dans les expirations. C'est dans ces cas que la ponction est de la plus grande utilité. Cependant la constatation du sang épanché dans la cavité ponctionnée ne devra pas suffire à faire accepter l'idée d'angiome caverneux, car on peut rencontrer des kystes congénitaux, à contenu hématique. Pour qu'on puisse conclure à un angiome, il faut que la poche, une fois vidée, se remplisse à nouveau d'un liquide purement sanguin, comme celui qu'on a obtenu par la première ponction.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic entre les lipomes diffus congénitaux et les kystes. L'apparence gaufrée des premiers et leur consistance spéciale les feront assez aisément reconnaître.

PRONOSTIC

En général, le pronostic des kystes congénitaux séreux n'est pas grave. Souvent leur volume ne s'accroît que très lentement ou même il reste stationnaire. Dans des cas très rares ils peuvent s'ouvrir spontanément au dehors et amener ainsi la guérison. D'autres fois, ils subissent la transformation lipomateuse pour aboutir au même résultat.

Mais bien souvent, au contraire, ces tumeurs prennent un développement inattendu. Elles envoient des prolongements profonds et déterminent des phénomènes fort graves. Les enfants, dont la nutrition et le développement sont gravement compromis, tombent dans un état de débilité qui favorise toutes sortes de complications. La thérapeutique, qui, dans ces cas graves devrait être plus active, est au contraire impuissante; et l'enfant succombe, sans qu'on ait osé affronter les sérieux dangers et les difficultés insurmontables d'une dissection complète.

TRAITEMENT

Parmi les nombreuses interventions opératoires qu'on a préconisées contre les kystes congénitaux séreux, la plus rationnelle est, sans nul doute l'extirpation de la poche.

Cette intervention radicale, adoptée dès les premières études sur ces tumeurs, a été pourtant rejetée après quelques tentatives difficiles et malheureuses.

Cependant, les études histologiques ultérieures, en démontrant la tendance prononcée des masses kystiques à l'envahissement des organes voisins, ont rendu de plus en plus légitimes les efforts des opérateurs hardis.

Plusieurs complications graves d'une opération complète, sont aujourd'hui évitées, grâce à la sécurité que donne l'asepsie. Il ne reste pas moins à vaincre les difficultés dues à la nature même de la tumeur.

Dès 1839, César Hawkins nous mettait en garde contre les surprises qui attendent souvent l'opérateur. « La mobilité dit-il, et l'isolement apparent de quelques-unes des parties de ces tumeurs, pourraient faire penser au chirurgien, qu'il serait aisé de les énucléer ; mais en se rapportant à ce qui existe réellement, il serait impossible de mener à bonne fin une opération de ce genre ». Mais, même dans ces cas défavorables, une dissection minutieuse des parties du kyste qu'on peut atteindre n'est

pas contre-indiquée, et MM. Lannelongue et Achard, admettent que, si l'on craint des accidents menaçants, dus à l'accroissement de la tumeur, on peut procéder à la récision du kyste, dans l'espoir qu'une inflammation secondaire, suppurative ou non, et la rétraction cicatricielle, pourront plus tard produire la diminution graduelle des poches qu'on n'a pu extirper.

Cesar Hawkins eut recours à la ponction simple. Il rapporte le cas d'un enfant porteur d'un kyste congénital de la joue auquel pendant un an il fit des ponctions successives. Il obtint un succès. Mais les cas de guérison, par ce procédé, sont rares. Après un certain nombre de ponctions, la poche s'enflamme malgré les précautions les plus minutieuses.

Si nous tenons compte de quelques données statistiques fournies par les divers observateurs dont nous avons pu compiler les travaux, nous retrouvons pour ce mode opératoire une totalité de 45 0/0, soit sur 11 cas, 6 guérisons et 5 décès.

Cependant Boucher, dans sa thèse, interprète des dispositions thérapeutiques de son temps, préconise la ponction simple dans la grande majorité des cas, spécialement si l'enfant est en bas-âge. « Quel que soit la variété à laquelle on ait affaire, dit-il, nous pensons qu'on doit proscrire formellement les opérations sanglantes et même les injections irritantes poussées dans leur intérieur, en raison des accidents graves qu'elles pourraient déterminer chez les nouveau-nés. On doit se borner à l'emploi de ponctions successives, qui, si elles ne procurent pas, à elles seules, la guérison complète, permet-

tront d'attendre que l'enfant, plus développé et plus vigoureux, soit en état de supporter un moyen de traitement plus énergique.

Pourtant, en raison du danger de ces ponctions répétées, il faut à notre avis les réserver seulement pour le cas où la tumeur, par son volume, menacerait la vie de l'enfant incapable de supporter une intervention opératoire.

Les injections iodées, pratiquées par de nombreux opérateurs, ont donné des résultats favorables, mais bien souvent au prix de suppurations prolongées. Dans de nombreux cas, on a dû procéder à l'ouverture et au drainage de la poche enflammée et quelquefois même sans succès.

Bien que les résultats statistiques soient, pour cette intervention, meilleurs que pour la précédente, ils sont pourtant loin de nous paraître satisfaisants. Sur 22 cas, en effet, on constate 17 guérisons et 5 décès, soit une mortalité de 22 0/0.

Nous comprenons dans ce total l'observation de Sédillot (ouverture par caustique) et celle de Holmes (flèches caustiques) appartenant à des opérateurs qui recherchaient la rétraction de la poche par l'irritation de ses parois.

L'injection iodée, rendue possible, par le procédé de Roux, même dans le cas de kystes multiloculaires, a joui pendant longtemps d'une certaine faveur. Cet opérateur transformait, en effet, les kystes multiloculaires en kystes uniloculaires en sectionnant les brides et les cloisons, à l'aide d'un ténotome mousse, puis il injectait une solution iodée.

Il est inutile d'insister sur les dangers que présentait cette méthode aveugle, spécialement au cou et à la face.

Jabez Hogg eut recours au drainage de la tumeur par des fils de soie et il obtint un succès ; mais les reproches faits à la méthode d'injection sont applicables aussi à celle de Hogg.

La ligature du pédicule dans les rares cas où il en existe un, pratiquée par Nélaton et par Wurtzer, est insuffisante et dangereuse.

L'électrolyse de la tumeur, préconisée par James Hardie, en 1872, ne donna dans un cas qu'un succès relatif à MM. Lannelongue et Achard, et dans un autre l'enfant succomba, épuisé par la suppuration de la poche kystique.

En réunissant dans notre statistique en un seul groupe, ces divers autres procédés opératoires (électrolyse, incision, ligature, séton, etc.), nous trouvons 5 guérisons et 4 décès sur 9 cas, soit une mortalité de 44 0/0.

Pour tous ces motifs, c'est à l'extirpation radicale que nous donnons la préférence.

Notre chef de service, M. Le Roy des Barres, l'a appliquée trois fois avec succès.

Certes, la dissection de ces kystes peut présenter les plus grandes difficultés à cause de la minceur des parois, de l'affaissement de la tumeur par l'ouverture des vésicules, et surtout des diverticules adhérents.

Avec beaucoup de patience toutefois, on peut parvenir à vaincre toutes ces difficultés et à faire une extirpation complète.

Examinons rapidement les observations de MM. Lan-

nelongue et Achard, et nous verrons en présence de quelles difficultés l'opérateur s'est trouvé, et quels obstacles il a eu à surmonter.

Obs. LIV. — Kyste de la face et de la parotide. Glande parotide envahie. Dissection difficile. Guérison en dix jours.

Obs. LV. — Kyste de la joue et de la région sous-maxillaire. Adhérences multiples. Veine et artère faciales coupées et liées. Guérison.

Obs. LXVI. — Kyste congénital du bras. Adhérences aux veines. Dissection difficile. Guérison.

Obs. LXIX. — Kyste du bras et de l'avant-bras. Dissection difficile. Section de l'artère radiale.

Bien plus, dans l'observation LXII, il existait des prolongements vers les gros vaisseaux du cou. La dissection complète de la tumeur a été impossible. Une partie des diverticules furent abandonnés et pourtant la guérison a été obtenue avec persistance d'un noyau induré de peu d'importance.

Un fait semblable nous a été signalé par M. Broca, qui, dans un cas de gros kyste du cou, laissa une certaine partie des diverticules et pourtant obtint un résultat satisfaisant.

Les masses abandonnées paraissent donc se rétracter et disparaître assez facilement.

Dans un des cas que nous avons pu observer (Obs. III), la tumeur envoyait des prolongements entre les lobules de la parotide et de la sublinguale et pourtant, par une dissection longue et minutieuse, M. Le Roy des Barres est parvenu à l'en dégager.

La mortalité post-opératoire, au contraire, est bien plus faible pour l'extirpation que pour les autres méthodes.

Noms des opérateurs	Ponctions simples			Ponctions suivies d'injections iodées.			Électrolyses incisions, ligature, sêton, etc.			Extirpation		
	Nombre de cas	Guérisons	Décès	Nombre de cas	Guérisons	Décès	Nombre de cas	Guérisons	Décès	Nombre de cas	Guérisons	Décès
Voelkers.....	«	«	«	«	«	«	1	«	1	«	«	«
Arnett.....	1	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Hawkins.....	1	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Vernher.....	«	«	«	«	«	«	1	1	«	«	«	«
Evans.....	«	«	«	«	«	«	1	1	«	«	«	«
Gilles.....	«	«	«	«	«	«	1	«	1	«	«	«
Nélaton.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	«	1
Broca.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	«	1
Roux.....	«	«	«	«	«	«	1	1	«	«	«	«
Roux (de Toulon) ..	«	«	«	2	2	«	«	«	«	«	«	«
Boinet.....	«	«	«	1	1	«	«	«	«	«	«	«
Michel.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	1	«
Fano.....	«	«	«	2	2	«	«	«	«	«	«	«
Williams.....	1	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Holmes.....	«	«	«	2	«	2	«	«	«	2	2	«
Burow.....	1	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Trendelenburg....	«	«	«	4	3	1	«	«	«	«	«	«
J. Hardie.....	«	«	«	«	«	«	1	1	«	«	«	«
W. R. Mac-Mahon	«	«	«	1	1	«	«	«	«	«	«	«
Monti.....	«	«	«	1	1	«	«	«	«	«	«	«
Jabez Hogg.....	«	«	«	1	1	«	«	«	«	«	«	«
Tillaux.....	«	«	«	1	1	«	«	«	«	«	«	«
Martone.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	1	«
Bosselin.....	1	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Schwerin.....	1	«	1	«	«	«	«	«	«	«	«	1
A. Zeller.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	«	«
Macdonald.....	1	«	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Clutton.....	«	«	«	1	1	«	«	«	«	«	«	«
Witson.....	«	«	«	1	«	1	«	«	«	«	«	«
Terrillon.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	1	«
Müller.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	1	«
Cazin.....	2	1	1	2	2	«	«	«	«	«	«	«
Weinlechner.....	«	«	«	1	«	1	«	«	«	«	«	«
Latouche.....	1	«	1	«	«	«	«	«	«	«	«	«
Lannelongue.....	1	«	1	2	2	«	3	1	2	12	12	«
Broca.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	2	2	«
Walther.....	«	«	«	«	«	«	«	«	«	1	1	«
Le Roy des Barres	«	«	«	«	«	«	«	«	«	3	3	«
	11	6	5	22	17	5	9	5	4	27	24	3

En effet sur 27 enfants, opérés par l'extirpation, 24 ont guéri et 3 seulement ont succombé. La mortalité n'est donc que de 11 0/0. Cependant nous devons encore faire remarquer que 2 décès ne devraient pas être mis à charge de l'intervention, car dans le cas de Broca le nouveau-né est mort trois semaines plus tard, par épuisement et le petit opéré de A. Zeller par suite d'une intoxication par l'acide phénique. Peu importe du reste de modifier ou non la statistique de toute façon la plus faible mortalité appartient nettement à l'opération radicale.

On pourrait nous objecter que, dans les observations où l'excision a été rejetée, les kystes présentaient une gravité plus grande. Nous ferons remarquer que, la mort n'a pas été entraînée par la forme exceptionnellement grave des tumeurs, mais par l'inflammation consécutive aux injections ou aux ponctions.

Etant admis pour nous que la méthode de choix est l'excision, il reste à déterminer le moment où une intervention est plus favorable.

MM. Lannelongue et Achard repoussent l'opération pour les enfants qui n'ont que quelques jours.

De son côté, M. Tarnier dans un cas dont il parlait à la séance du 27 mai 1890 de l'Académie de Médecine, paraissait hésiter sur l'opportunité d'une excision complète de la tumeur, en raison de l'âge de l'enfant, qui n'avait que 8 jours. Le kyste aussi gros que la tête du nouveau-né, très tendu, résistant, transparent, était inséré à la région cervicale postérieure. Ce kyste, sans doute congénital, au lieu de s'accroître, après la naissance, s'était déjà en partie résorbé de telle façon que la palpation étant

devenue plus facile, on pouvait diagnostiquer un kyste multiloculaire. « Mon embarras est grand disait, M. Tarnier. Quelle conduite dois-je tenir ? Avec une paroi aussi mince, la ponction a des inconvénients ; quant à l'extirpation, la masse est bien grosse et l'enfant bien jeune. Aussi serai-je reconnaissant à ceux de nos collègues qui voudront bien me donner des conseils. »

Devant la diminution spontanée du kyste, M. Tarnier n'opéra pas cet enfant ; mais des accidents inflammatoires ayant éclaté vers l'âge de 6 mois, on fut obligé de procéder à son extirpation (Obs. V).

Dans notre observation I, il s'agissait aussi d'un kyste volumineux de la région cervicale postérieure. L'enfant n'avait que 40 jours. A cause de la gêne que cette tumeur apportait, M. Le Roy des Barres n'a pas hésité à enlever la poche kystique malgré l'âge de cet enfant, dont l'état général était excellent. L'extirpation a été pratiquée d'une façon complète et l'enfant supporta sans aucun accident cette intervention radicale.

En général, comme le font avec juste raison remarquer MM. Lannelongue et Achard, on ne saurait indiquer l'âge le plus convenable pour une intervention ; il est subordonné, avant tout, aux conditions générales de santé et de résistance des petits sujets, mais aussi au volume de la tumeur, à son siège superficiel ou profond ; au développement qu'elle prend dès les premiers mois de la vie.

OBSERVATION I (personnelle).

Kyste séreux congénital du cou. — Extirpation. — Guérison.

Henri L..., âgé de 40 jours, est admis à l'hôpital de Saint-Denis le 2 juillet 1891, dans le service de M. le D^r Le Roy des Barres.

Cet enfant porte, au côté gauche du cou, une tumeur, égale au volume de sa tête, qui date de la naissance.

Le père et la mère sont bien portants et robustes. Dans leurs familles ils ne connaissent aucun cas de malformation congénitale. Ils ont eu quatre enfants normalement constitués. Deux sont morts, l'un à 18 mois, l'autre à 21 mois.

L'état général de l'enfant Henri L..., est excellent, il n'a sur le corps aucune tache, aucun vice de conformation.

La mère nous apprend que malgré le volume de la tumeur que porte son enfant et qui a peu augmenté depuis sa naissance, l'accouchement a eu lieu sans difficulté.

Située à la partie postérieure et latérale gauche du cou, cette tumeur recouvre la portion mastoïdienne du sterno-cléido-mastoïdien, son extrémité inférieure repose sur la fosse sus-épineuse et son bord supérieur refoule en haut le lobule de l'oreille pour se perdre à l'angle de la mâchoire inférieure.

La coloration de la peau est normale ; par transparence on y voit quelques veinules dilatées. Sur les téguments se dessine comme une espèce de sillon qui paraît séparer la tumeur en deux lobes, dont l'inférieur dépasse de beaucoup le supérieur en volume.

La peau glisse facilement à sa surface.

La palpation donne la sensation d'une poche liquide peu tendue et non transparente, dans laquelle l'exploration ne révèle aucune induration, le liquide peut être refoulé d'une extrémité à l'autre de la tumeur, perpendiculairement au sillon tracé sur la peau.

Par la pression ce kyste ne diminue pas sensiblement de volume; et, même en le comprimant fortement des deux mains, on n'éveille pas de phénomènes nerveux.

Dans l'effort et les cris, on ne note non plus aucun changement dans son volume ou dans sa tension.

La masse de la tumeur est assez mobile sur les parties sous-jacentes, mais elle ne subit toutefois qu'un déplacement partiel.

A l'auscultation et à la percussion de la cavité thoracique, rien d'anormal; par excès de précaution on pratique une ponction capillaire du kyste, en prenant toutes les mesures d'asepsie habituelles, et on retire facilement quelques grammes d'un liquide parfaitement limpide, légèrement citrin, qui se prend en masse par la chaleur.

L'examen de cette tumeur, permet d'affirmer l'existence d'une poche liquide d'origine congénitale. La fluctuation, souvent difficile à percevoir dans des cas semblables, était ici manifeste et l'origine congénitale ne laissait aucun doute.

Il fallut donc songer soit à un kyste congénital séreux, soit, en tenant compte de la région occupée par la tumeur, à une ménin-gocèle.

La tumeur, rappelons-le, n'était pas réductible et, par la pression même forte et soutenue, on ne provoquait aucun trouble nerveux; de plus elle n'augmentait pas pendant l'expiration et, pendant les cris et les efforts, sa tension restait normale.

En présence de ces symptômes négatifs, on pouvait penser encore au sac d'une méningocèle, isolé par oblitération du pédicule. Le kyste était assez mobile, il est vrai, sur les parties sous-jacentes, mais il n'était pas possible d'affirmer l'absence d'adhérences au rachis.

La ponction du kyste, en permettant d'analyser le liquide, leva tous les doutes sur ce point.

Ce liquide, en effet, clair, légèrement citrin, contenait une assez

grande quantité d'albumine, du chlorure de sodium et des sels alcalins ; comme éléments figurés, des cellules épithéliales et des globules rouges et blancs. Le contenu des hydro-méningocèles est très riche lui aussi en chlorure de sodium, mais il ne contient de l'albumine que lorsque les tumeurs qui le renferment s'enflamment et que le liquide devient louche ou même sanguinolent.

Il n'y avait donc pas de doute sur l'existence d'un kyste séreux congénital, qui comme nous l'avons dit semblait composé de deux lobes, dont les cavités paraissaient séparées par une cloison incomplète, car le liquide pouvait facilement refluer de l'une des poches dans l'autre.

Sans pousser de prolongements vers le thorax, ce kyste avait contracté des adhérences profondes avec le sterno-cleido-mastoïdien, car pendant sa contraction il était facile de constater une tension plus grande de la tumeur.

Le diagnostic porté était kyste séreux congénital, à cavité probablement unique, séparé en deux lobes par une cloison incomplète, correspondant au sillon remarqué sur la peau, sans prolongements dans le thorax, avec des adhérences profondes au sternocleido-mastoïdien.

Opération. — En présence du volume considérable du kyste, des signes physiques et chimiques de la tumeur, qui faisaient écarter toute probabilité de prolongement thoracique ou de connexion avec le canal médullaire, l'intervention radicale arrêtée, est pratiquée le 7 juillet 1891.

Les mesures antiseptiques habituelles prises, l'enfant chloroformé, une incision de 0,08 centimètres, est faite sur toute la hauteur de la tumeur, du bord inférieur de l'apophyse mastoïde à la racine du cou.

La peau incisée, se présente une poche tremblottante, pres-

que transparente, adhérent lâchement aux couches profondes du derme.

La dissection en fut relativement assez aisée, si ce n'est à la partie profonde, où le kyste semblait pénétrer les fibres du sterno-mastoïdien.

C'étaient les seules adhérences et il n'y avait aucun prolongement plus profond.

Enfin, le kyste est enlevé sans ouverture de sa cavité.

La peau suturée, un pansement légèrement compressif est appliqué.

Les suites opératoires ont été bénignes et la réunion s'est faite par première intention.

L'enfant, que nous avons eu l'occasion de revoir dernièrement, est dans un excellent état, et il ne présente, comme trace de cette intervention, qu'une cicatrice linéaire de quelques centimètres.

Analyse chimique du contenu des kystes (M. Favière).

Poids de la poche. :	40 gr.
Poids du liquide.	155 gr.
Densité du liquide	1016

Réaction neutre.

Leucocytes et globules rouges.

Pas de cholestérine.

Le liquide, porté à l'ébullition, se prend en masse gélatineuse (grande quantité d'albumine).

Pour débarrasser le liquide des globules sanguins, des leucocytes et de l'albumine, on le fait bouillir pendant une demi-heure. On reprend la masse gélatineuse par l'eau distillée, puis on filtre.

On obtient un liquide qui donne, avec l'azotate d'argent un précipité blanc cailleboté, soluble dans l'ammoniaque, insoluble dans l'acide nitrique.

Il y a donc du chlorure de sodium dans le liquide. On le dose avec une solution titrée d'azotate d'argent, en présence de chromate neutre de potasse.

La quantité de chlorure de sodium par litre est de 6 gr. 20.

OBSERVATION II (personnelle).

Kyste séreux congénital de la joue droite, à contenu hématique.
Extirpation. Guérison.

Le 21 juillet 1892, on reçoit à l'hôpital de Saint-Denis dans le service de M. Le Roy des Barres, la nommée C... Suzanne, âgée de 5 ans, atteinte d'une tumeur volumineuse de la joue droite.

Le père et la mère de cet enfant sont bien portants. Ils n'ont jamais entendu parler d'affections semblables dans leurs familles. Leurs quatre enfants sont bien portants, n'ont aucune malformation. La mère a toujours eu des couches faciles.

Cette enfant est de constitution robuste; elle est bien développée et ne présente d'anormal que la tumeur pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Le père indique qu'il a constaté, il y a trois ans, chez sa petite fille, la présence d'une tumeur à peu près grosse comme une noisette, située sur un point qui correspond au milieu du bord antérieur du masséter droit. Cette tumeur était dure, lisse, mobile sous les doigts, recouverte par la peau dont la coloration était normale.

Un traitement médical fut alors institué, la tumeur au lieu de diminuer continua, mais très lentement, à augmenter.

Les parents ont constaté qu'indépendamment de son volume, cette tumeur variait de consistance. Tantôt elle devenait très dure, roulant facilement sous le doigt; tantôt au contraire, molle et réductible.

Depuis deux ans, l'état local demeurait stationnaire, lorsque la petite fille tomba il y a trois mois sur la joue droite qui, avec une certaine violence, vint heurter au corps dur. Depuis cet accident, la tumeur se mit à augmenter rapidement de volume et elle acquit rapidement les dimensions actuelles, c'est-à-dire celles d'une mandarine.

Elle est située sur la joue droite dont elle occupe l'espace compris entre l'arcade zygomatique en haut, le bord antérieur du masséter qu'en arrière elle paraît recouvrir, et en bas, la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Au toucher, elle est rénitente, assez dure, d'une consistance partout identique. On ne perçoit pas de fluctuation bien nette. On peut lui imprimer quelques mouvements d'avant en arrière perpendiculairement aux fibres du masséter ; mais, si on veut la déplacer dans le sens vertical, on rencontre une certaine résistance.

Par la pression, son volume ne diminue pas ; si'on comprime un point de la tumeur, la peau se tend légèrement et uniformément du côté opposé.

La coloration de la peau est normale, elle glisse facilement sur les tissus sous-jacents.

L'enfant n'accuse aucune douleur spontanée ; la pression même est complètement indolore, pourtant il y a quelque gêne pendant la mastication.

Les cris, les efforts, ne produisent aucune modification dans l'aspect de la tumeur, on n'y perçoit à l'auscultation aucun souffle.

La muqueuse de la cavité buccale, normalement colorée, ne présente aucune saillie ; par le toucher combiné de deux doigts, dont l'un dans la bouche, et l'autre à l'extérieur, on n'arrive pas à percevoir une fluctuation bien nette.

D'après les caractères de cette tumeur, M. Le Roy des Barres, porte le diagnostic de kyste séreux congénital. Cependant, pour le

compléter, une ponction exploratrice est pratiquée avec la seringue de Pravaz et fournit un liquide fortement coloré en rouge par un certain nombre d'hématies.

Opération. — Les mesures d'asepsie rigoureusement prises, comme d'habitude, l'enfant est chloroformée, la peau est incisée selon une ligne légèrement oblique en bas et en avant, à concavité antérieure, comprenant toute la hauteur du kyste.

La masse kystique apparaît alors, elle n'a avec la peau aucune adhérence. Malgré la minceur de sa paroi, la tumeur est isolée de la gangue celluleuse qui l'entoure, mais vers sa partie postérieure le kyste adhère aux fibres du masséter; les adhérences sont assez facilement détruites et l'extirpation complète est bientôt terminée.

Suture profonde au catgut, suture superficielle au crin de Florence, pansement.

L'enfant supporta très bien cette intervention; cinq jours plus tard, les fils étaient enlevés et la réunion obtenue par première intention.

Examen histologique de la poche (Dr Pilliet). — Les renseignements que M. Pilliet a pu nous donner sont très restreints, car le séjour de la pièce dans l'alcool a rendu impossible l'imprégnation de l'épithélium par le nitrate d'argent.

« La trame est kystique et celluleuse, composée de faisceaux
« feutrés de tissu connectif lâche. Ces faisceaux se rassemblent,
« de façon à former une masse plus serrée au niveau de la paroi
« libre du kyste. L'épithélium qui revêtait cette paroi a disparu
« sur les coupes.

« Les vaisseaux sanguins, et surtout les veines, sont très abondants et les vaisseaux lymphatiques également, mais je n'ai
« pu constater, dit M. Pilliet, l'abouchement des vaisseaux lymphatiques dans la poche kystique.

OBSERVATION III (personnelle).

Lymphangiome de la joue. Extirpation. Guérison.

Le nommé Henri R..., âgé d'un an, est reçu à l'hôpital, avec sa mère le 2 mai 1892 dans le service de M. le Dr Le Roy des Barres.

Il porte à la joue droite, une tumeur qui date de la naissance.

Nous recueillons les renseignements suivants :

Dans les familles du père et de la mère, il n'existe pas d'autres cas de malformations congénitales. Le père, âgé de 25 ans, est bien constitué ; la mère âgée de 30 ans est assez robuste. Elle a eu il y a deux ans un autre enfant, mort de broncho-pneumonie, à l'âge de 13 mois.

Les accouchements ont été normaux.

Un examen attentif de l'enfant permet de s'assurer que son corps n'est le siège d'aucune autre tumeur ou malformation que celle signalée par la mère dès la naissance. A cette époque, une masse de la grosseur d'une noisette, légèrement colorée en bleu clair, constituait la tumeur, et elle était située sur un point que désigne la mère et qui n'est autre que la branche horizontale du maxillaire inférieur à 0,03 cent. de la symphyse du menton.

Jusqu'à l'âge de six mois, la tumeur de cet enfant demeura stationnaire, puis elle commença à se développer, pour acquérir rapidement le volume qu'elle a présentement.

Elle occupe aujourd'hui la surface de la joue droite, empiétant sur le bord antérieur du masséter. Limitée en haut par l'arcade zygomatique, elle l'est en bas par le bord inférieur du maxillaire inférieur.

La peau à 0,03 centimètres de la symphyse du menton, dans le point où se trouvait la tumeur à la naissance de l'enfant, est

légèrement bleuâtre, et c'est à ce niveau qu'est actuellement son point culminant.

Sur le reste de la surface la peau est normalement colorée et ne présente pas de veinules dilatées.

A l'examen de la cavité buccale, on s'aperçoit que la tumeur fait saillie sous la muqueuse en un point correspondant exactement à la surface bleuâtre signalée plus haut sur la peau. A cet endroit, la muqueuse est amincie, demi-transparente et donne des reflets bleuâtres.

Au palper, la masse est molle, spongieuse, il n'y a de fluctuation nette en aucun point. Quand on comprime la tumeur à sa surface extérieure, la muqueuse se distend très nettement.

La peau est mobile à la surface de la tumeur qui, elle, ne peut être déplacée en aucun sens.

La douleur est nulle.

On ne perçoit pas de battements.

Dans les mouvements, les cris, les efforts, pas d'augmentation de volume, ni de tension.

Ayant écarté l'idée d'une tumeur érectile, d'un lipome ou d'une production dépendant des glandes salivaires, M. Le Roy des Barres porte le diagnostic de kyste séreux congénital de la joue.

Dans le but d'éviter une cicatrice étendue sur la joue, M. Le Roy des Barres, pratique, sans grand espoir de succès, la ponction du kyste par la cavité buccale, procédé d'intervention pour lequel plaide aussi l'état de l'enfant qui n'est pas bien vigoureux.

Le liquide, auquel donne issue la ponction, est clair, légèrement citrin et contient une assez grande quantité d'albumine.

A la suite de cette intervention, le kyste s'affaissa et demeura moins volumineux ; quand l'enfant quittait l'hôpital, le 4 juin, il ne conservait qu'un léger gonflement de la joue.

Pendant deux mois, la tumeur resta stationnaire, mais vers le commencement d'août, pendant une poussée de dentition, la

tumeur augmenta tout à coup et rapidement de volume. En deux ou trois jours, nous dit la mère, elle reprit le volume qu'elle avait avant la ponction.

L'enfant pour la seconde fois est admis à l'hôpital le 4 novembre.

Le kyste en effet, est à peu près aussi volumineux qu'à l'époque du premier séjour. On ne remarque rien de changé dans son aspect, n'était la disparition de la coloration bleuâtre de la peau sur le point culminant de la tumeur.

L'état général étant devenu meilleur et devant l'insuccès, prévu du reste, de la méthode non sanglante, M. Le Roy des Barres décide l'extirpation de ce kyste.

Opération. — Le 10 novembre, la région ayant été rigoureusement aseptisée et l'enfant chloroformé, l'opération est pratiquée. La peau est incisée sur une ligne courbe à concavité supérieure, commençant à 0,02 cent. en arrière de la commissure labiale et se terminant à 0,03 centimètres en avant du lobule de l'oreille. Cette ligne suit le plus grand diamètre de la tumeur et mesure 0,06 centimètres.

Les lèvres de l'incision cutanée écartées, la masse kystique lisse et nacréée apparaît dans une gangue celluleuse, le kyste est assez facilement libéré en avant et en haut, pendant dans la dissection, quelques vésicules sont ouvertes qui laissèrent sourdre un liquide limpide, légèrement citrin. Sur la face postérieure de la tumeur, existent de nombreuses adhérences. Le kyste pénétrait dans la profondeur des tissus plus loin que l'examen n'avait permis de le supposer. Il envoyait un prolongement au milieu des lobules parotidiens, et ce n'est qu'avec beaucoup de patience pour éviter une lésion de la glande ou de son canal excréteur que le dégagement put en être opéré.

En bas, nouvelles adhérences, c'est la glande sous-maxillaire

qui est envahie. Enfin après un acte opératoire d'une heure de durée, toute la poche est enlevée. Suture et pansement.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été un peu pénibles : le lendemain de l'intervention, l'enfant a eu des crises convulsives qui ont persisté pendant 48 heures. Le pansement, à plusieurs reprises, a été déplacé et la plaie souillée par des liquides ou des aliments, cependant, après quelques oscillations du thermomètre, la fièvre n'a pas tardé à tomber ; dès le 17 novembre, tout rentrait peu à peu dans l'ordre, et aujourd'hui 7 décembre la cicatrisation est régulièrement achevée.

Examen histologique du D^r Pilliet. — « Les coupes de la tumeur montrent qu'elle est circonscrite à sa périphérie, par des plans épais de fibres musculaires lisses, qui ne forment pas une couche feutrée, mais sont disposées en séries parallèles, entourant probablement la tumeur. Ce fait est d'autant plus remarquable que la masse principale ne contient, à peu près pas, de fibres lisses. Elle est divisée en travées irrégulières et épaisses, contenant un très petit nombre de vaisseaux sanguins adultes : artérioles, veinules, capillaires. Les plus fortes travées contiennent du tissu purement fibreux.

« Entre elles, se trouvent une multitude de cavités de tout volume, mais toutes également remarquables par la bizarrerie de leurs découpures et l'irrégularité de leur contour. Les faisceaux conjonctifs des travées semblent faire saillie dans leur intérieur et, n'était l'irrégularité de volume de ces cavités, l'aspect festonné de leurs parois rappellerait celui du tissu érectile à l'état de repos.

« Elles sont revêtues de cellules plates par endroits. Sur d'autres points il n'existe, au contact de la paroi, que des cellules rondes à gros noyaux, à protoplasma peu abondant. Elles sont le plus souvent groupées par amas et, dans les plus grandes cavi-

« tés, ces amas sont très volumineux, englobés par un nuage
« de fibrine coagulée à filaments feutrés.

« Il existe aussi dans l'épaisseur des travées, de petits noyaux
« pleins, à contours irréguliers, remplis des mêmes éléments tas-
« sés, ou présentant un début de cavité à leur centre. Les amas
« ne sont pas circonscrits par un endothélium différencié, autant
« qu'il nous a paru, sur la pièce examinée.

« En résumé, la pièce est un lymphangiome, constitué par des
« dilatations lymphatiques irrégulières et contenant de la lymphe.
« Il existe de plus des amas de cellules, que l'on pourrait regarder
« comme des ilots vaso-formateurs de lymphatiques ».

OBSERVATION IV (inédite).

Communiquée par M. le D^r Broca, chirurgien des Hôpitaux.

Lymphangiome de la lèvre. Extirpation.

François Q..., âgé de 3 ans.

Antécédents héréditaires et personnels, nuls.

L'enfant est envoyé à l'hôpital (hôpital Trousseau), pour une difformité congénitale de la face. La moitié gauche de la lèvre supérieure et la partie voisine de la joue sont hypertrophiées, sans vascularisation anormale, sans changement de couleur à la peau. Cette moitié de la face prend l'aspect d'un grouin de porc. La lèvre inférieure, vers la commissure, participe un peu au processus. La consistance des parties malades est celle des tissus normaux, elle est partout égale.

Le 6 octobre, je pratiquai, après incision de l'ourlet cutané-muqueux, l'excision d'un coin à sommet supérieur, la base occupant toute la largeur de la moitié de la lèvre supérieure, et le sommet se prolongeant dans la joue au-dessus de la commissure.

Le bistouri traversa un tissu blanc, assez résistant. L'hémorrhagie fut très médiocre et la suture suffit à l'arrêter; un peu au-dessous et en dehors de la narine, j'avais perforé la peau en disséquant le coin que je voulais réséquer : un point de suture ferma cette petite plaie.

Tout alla très bien pendant quatorze jours. L'apyrexie fut parfaite. Le pansement, souillé par les mucosités nasales et les matières alimentaires, dut être changé tous les deux à trois jours. Le gonflement des parties était notable, mais sans rougeur ni douleur. Les fils furent enlevés au huitième jour, deux d'entre eux avaient coupé. De même celui de la perforation cutanée.

Ces petites ulcérations furent le point de départ d'accidents septiques locaux, qui éclatèrent tout à coup le 20 octobre, par un brusque accès de fièvre vespérale. Le gonflement devint énorme, avec rougeur diffuse, tension, douleur à la pression. Je ne pus trouver aucun point fluctuant, et cependant au troisième jour, je fis une petite incision, par laquelle ne s'écoula que de la sérosité citrine. Les accès fébriles restèrent graves, dépassant 39°, et même 40°, jusqu'au 7 novembre.

A partir de cette date, l'état s'améliora et depuis le 25 novembre, la température oscille entre 37° et 38°, en même temps que les phénomènes locaux se sont amendés.

Ces phénomènes ont consisté en une rougeur diffuse et intense qui, peu à peu, a gagné toute la joue et la paupière supérieure, sans jamais retentir sur les ganglions; le gonflement pendant un mois a été considérable. Jamais il n'y a eu de foyer suppuré dans les tissus enflammés et il s'est agi certainement d'une lymphangite profonde, dans les espaces lymphatiques de la tumeur.

Actuellement, toute rougeur a cessé, l'état général redevient bon, l'enfant dort et mange bien. Il reste encore un gonflement notable, en voie de diminution, il est vrai, et il faut plusieurs

semaines encore, avant qu'on puisse se prononcer sur le résultat plastique.

Examen histologique par M. Achard. — « La tumeur est constituée par de très nombreuses cavités kystiques, creusées au milieu des tissus de la lèvre. Ces cavités ont des dimensions très variables ; il en est qui sont fort petites et ressemblent à des espaces lymphatiques, un peu agrandis. La forme de ces cavités est plus ou moins arrondie, mais souvent irrégulière, avec des diverticules anfractueux. On voit certaines d'entre elles communiquer avec les voisines par un orifice étroit.

« Tantôt ces cavités apparaissent vides sur les coupes, tantôt elles sont remplies par un détritux granuleux.

« La paroi de ces cavités est formée par une bande peu épaisse de tissu conjonctif, qui se confond, en général, sans délimitation précise, avec le tissu conjonctif environnant. On distingue nettement sur les coupes, dans un grand nombre de cavités, un revêtement de grandes cellules endothéliales, adhérentes ou à demi détachées, très minces, pourvues d'un noyau allongé et aplati.

« Dans les interstices des cavités, on trouve les tissus de la lèvre : faisceaux musculaires striés, entrecroisés dans diverses directions, pelotons adipeux, abondants et vaisseaux nombreux. Certains pelotons adipeux certains groupes de faisceaux musculaires, sont immédiatement sous-jacents à la paroi qu'ils soulèvent, de manière à faire saillie dans l'intérieur des cavités kystiques. En certains points aussi, la paroi des cavités présente des bourgeons vasculaires, sessiles ou pédiculés.

« Enfin, autour de quelques cavités, relativement petites, on trouve, entrecroisées dans le tissu conjonctif, des fibres musculaires lisses.

OBSERVATION V (résumée).

Recueillie par M. Hélyar, interne des hôpitaux.

Kyste séreux multiloculaire du cou, d'origine congénitale.

La nommée Victorine B..., âgée de 6 mois, est apportée le 30 octobre 1890, salle Cruveilhier, lit n° 2, dans le service de M. Monod, suppléé par M. Walther, à l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agit de l'enfant que M. Tarnier présenta à l'Académie de médecine le 27 mai 1890. Cette petite fille vint au monde avec une tumeur de la partie latérale droite du cou, ayant à peu près le volume de la tête, dure, tendue et transparente.

Coloration normale de la peau, sillonnée d'un réseau veineux très fin. État général bon. Peu à peu la tumeur s'affaisse, puis elle devient molle et dépressible. Dans le courant de juin, l'amélioration persistant, la petite malade quitta avec sa mère la clinique d'accouchements.

Au mois de septembre, un médecin de la ville ponctionna la tumeur à l'aide d'une seringue de Pravaz, mais il n'en retira qu'un peu de sang.

Deux jours après cette ponction, la tumeur réaugmente de volume; la peau prend au niveau de la piqure une coloration noirâtre, et la dilatation veineuse disparaît.

Le 28 octobre, sans cause apparente, la tumeur double de volume en une seule nuit.

L'enfant est apporté à l'hôpital dans un état très grave (pouls petit, respiration difficile, vomissements verdâtres, convulsions). En présence de ces symptômes alarmants, M. Walther se décide à une intervention immédiate.

La tumeur à enlever, s'étend depuis l'apophyse mastoïde, jusqu'à la clavicule du côté droit. La fluctuation y est très marquée. Il n'y a pas de battements, ni de souffle.

Opération. — Deux incisions circonscrivent la partie moyenne de la tumeur qui est extirpée en totalité. La dissection est d'abord facilitée par l'état œdémateux du tissu cellulaire qui entoure le kyste, mais elle devient ensuite plus délicate en raison des connexions qui existent avec le paquet vasculo-nerveux du cou. La tumeur n'adhère pas intimement à la veine jugulaire, elle n'a pas de prolongements en arrière ; elle est située contre la gaine des vaisseaux, refoulant en arrière le sterno-mastoïdien dont on ne peut la séparer sans couper une partie du muscle. Un catgut est passé en arrière, sur une sorte de pédicule adhérent à la gaine des vaisseaux et la tumeur est enlevée sans avoir été ouverte.

Le lendemain de l'opération, les symptômes généraux et fonctionnels se sont amendés très rapidement. La face a repris sa couleur rosée, la dyspnée a disparu et la déglutition se fait sans peine.

Quelques jours après, la malade était en voie de guérison.

Examen histologique, par M. Pilliet (résumé). — L'imprégnation de l'endothélium par le procédé de Swegger-Seidel ne donne aucun résultat bien net. On est donc forcé de se contenter de l'étude des coupes.

Les festons, les brides et les piliers, qui cloisonnent la face interne du kyste, sont des parois de cavités vasculaires. On rencontre dans l'épaisseur de la paroi kystique de nombreuses coupes de vaisseaux (artérioles avec endothélium à grosses cellules cubiques, capillaires dont l'endothélium est tuméfié), mais surtout des vaisseaux très volumineux, étoilés, entourés de fibres lisses qui ne forment pas un tout continu, mais sont dispersées, éparpillées dans le tissu conjonctif ambiant. L'aspect général de ces vaisseaux, qui ne sont pas normaux d'ailleurs, rappelle extrêmement celui des veines que l'on observe dans le tissu lardacé d'une jambe variqueuse par exemple, mais il n'y a là qu'une analogie et on ne peut affirmer qu'il s'agisse réellement de veines.

Les vaisseaux sont entourés par un tissu conjonctif, extrêmement riche en fibres élastiques et en cellules, qui rappelle l'aspect du tissu dermique embryonnaire ou enflammé. La trame conjonctive est plus abondante autour des vaisseaux plus volumineux.

En résumé, c'est une tumeur vasculaire, un angiome, comprenant des artères, des capillaires et des vaisseaux indéterminés qui se rapprochent des veines ; l'endothélium de tous ces vaisseaux est dans un état de prolifération très remarquable.

On ne peut dire qu'il s'agit d'un angiome embryonnaire, car les artérioles sont adultes.

Si l'on admet que les vaisseaux les plus nombreux sont des veines, on peut accepter le nom d'angiome veineux, mais à la condition de tenir compte du développement très grand des capillaires.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le D^r Broca à la Société anatomique.
Kyste séreux congénital du creux sus-claviculaire. — Extirpation.
Guérison.

M. Broca a extirpé en 1890, avec succès, un kyste séreux congénital, occupant chez un enfant de 3 ans, le creux sus-claviculaire. La tumeur avait été prise, en province, pour une masse ganglionnaire, erreur de diagnostic souvent commise, et comme telle avait été ponctionnée au bistouri, d'où des accidents inflammatoires d'ailleurs fort modérés. La tumeur extérieurement était peu volumineuse, semblait grosse comme une forte noix, mais elle envoyait sous le sterno-mastoïdien un prolongement qui adhérait aux vaisseaux carotidiens et un autre prolongement qui descendait entre l'omoplate et la cage thoracique. En outre, il fallut une dissection attentive des nerfs du plexus brachial et de

l'artère sous-clavière. La réunion immédiate totale a été obtenue sous un seul pansement.

Dans la même séance de la Société anatomique M. Thiéry dit avoir vu un kyste de même nature avec deux prolongements, l'un sous le sterno-mastoïdien, l'autre au niveau de la sous-clavière. Pendant l'extirpation, la veine jugulaire interne se déchira ; on put parer facilement à cet accident qui n'eut pas de suites fâcheuses.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs congénitales que l'on réunit habituellement sous la dénomination de kystes séreux congénitaux, reconnaissent le plus souvent, sinon toujours, une origine lymphatique.

2° Jusqu'ici la présence de bactéries dans leur cavité n'a pu être démontrée.

3° Par analogie, on pourrait assigner à ces tumeurs, dans la série lymphatique, la place qu'occupent certains angiomes dans la série vasculaire.

4° Parmi les méthodes de traitement employées jusqu'à ce jour, l'opération de choix doit être l'extirpation de la poche ou, en cas de difficultés insurmontables, l'excision des parties qu'on peut atteindre.

5° On ne réservera la ponction aspiratrice que pour éclairer le diagnostic et pour les cas dans lesquels l'état général de l'enfant s'opposerait à une intervention sanglante.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Redenbacher.** — De ranula sub lingua, speciali cum casu congenita. Dissert. inaug. Munchen, 1828.
- Wutzer.** — Casper's wochenschrift, 1836, s. 13.
- Droste.** — Holcher Hauncœvr. Annalen, 1839. Bd IV. S. 295.
- Voelkers.** — Hygroma cellulosum colli-casper's wochenschrift, 1837.
- César Hawkins.** — On a peculiar form of congenital tumours of the neck. Medico-chir. Transact., mai 1839, t. XXII, p. 231.
- Arnott.** — The London medical Gazette. march 16. 1839, v. XXII, p. 917.
- Nicod d'Arbendt.** — Goître des nouveau-nés. Bull. gén. de thérapeut., 1840, t. XIX, p. 54.
- Wernher.** — Die angeboreneu kysten hygrome und die inhen verwandten geschwülste. Diss. inaug. Giessen, 1843.
- J. Gilles.** — Des hygromaticis cysticis congenitis, etc., Bonn 1852 (In Arch. gener. de Médecine), 1853, p. 82.
- Evans.** — Hydrocèle du cou, cité par Bouchut. Tr. pratique mal. nouv. nés.
- Lorain.** — Sur un enfant qui présentait, au moment de la naissance, des kystes multiples du cou. C.-R. des séances de la Société de Biologie, mai 1853, p. 62. — Mémoires sur les kystes congénitaux du col, C.-R. de la soc. de Biol., 1854. — Gazette des hôpitaux, 1^{er} juillet 1854, n. 78, p. 310. Mémoire de la Société de biologie, 1854.
- N. F. Virlet.** — Des kystes congénitaux du cou. Thèse de Paris, 1854, n. 150.

- J. Roux** (de Toulon). — Injections iodées dans deux kystes congénitaux du cou. Bull. de l'Acad. de méd., 26 août 1855, t. XXI, p. 1057.
- Blachez**. — Kyste congénital du cou. Bull. de la Soc. anatom., mars 1856, p. 286.
- Debout**. — Des kystes séreux congénitaux du cou, etc. Bull. gén. de thérapeut. méd. et chir., 1856, t. 41, p. 447.
- E. Barthez**. — Kystes du col (Soc. méd. des hôpitaux). Union méd., 31 déc. 1857, p. 635.
- Bonnet, Morel-Lavallée, Chassaignac**, etc. — Bull. de la Soc. de Chir., 16 nov. 1859.
- Sédillot**. — Bull. de la Soc. de chir., 22 févr. 1860 ; 2^e série, t. I, p. 107.
- Michel**. — Note sur certaines transformations du tissu érectile. Gaz. Med. Strasbourg 24 mars 1860, 3, p. 39.
- Fano**. — Union médicale, 1861, p. 122.
- T. Holmes**. — On congenital innocent tumors their diagnosis and treatment. The Lancet, may 21, 1864, p. 575.
- Williams**. — Kyste hématique du cou. In. Tr. des kystes cong. de Lannelongue et Achard.
- Després et Lelong**. — Kyste cong. de la partie médiane et post. du cou. Bull. soc. anat., févr. 1866, p. 59.
- P. Roucher**. — Etude sur les kystes congénitaux du cou. Thèse de Paris, 1868, n. 213.
- Burow**. — Kyste congén. de l'angle de la mâchoire. Arch. gén. méd., 1872, v. II, p. 355.
- F. Trendelenburg**. — Quatre observations de kystes congénitaux résumées dans le Traité des kystes congénitaux de Lannelongue et Achard.
- W. Fildes**. — The Boston med. and. surg. Journ., 7 nov. 1872, p. 317; d'après Rev. sciences méd., t. II, p. 356.

- J. Hardie.** — On a congenital cystic tumour on the neck, successfully extirpated. *The Lancet*, nov. 9, 1872, vol. II, p. 667.
- W. R. Mac-Mahon.** — Kyste cong. du cou. D'après *Rev. Scienc. méd.* T. I, p. 340.
- L. Monti.** — *Bollettino delle scienze mediche.* Bologna, 1873.
- Jabez-Hogg.** — Congenital multilocula cyst in the neck of a child fourte en mouths old (*Medic. Soc. of London*, nov. 24, 1873).
- Guillaumet.** — Kyste cong. chez fœtus de quatre mois et demie. *Bull. Soc. Anat.*, juil. 1874, p. 582.
- L. F. Guérin.** — Des kystes congénitaux du cou et de leur traitement. Thèse de Paris, 1876, n° 392.
- Martone.** — Cisti sicrose del collo. *Annali clin. Ospedale incurabili* anno II, 1877 giugno.
- Wegner.** — Ueber Lymphangionne. *Langenbeck's Archiv* 1877. Bd XX, S. 641.
- Gosselin.** — *Clin. chir., Hôp. Charité*, 3^e éd., Paris, 1879, t. III, p. 203.
- E. Schwerin.** — Ein Falle von Tumor cystoides colli congenitus. *Langenbek's. Archiv. f. klin. Chir.*, 1879, Bd. XXIII.
- Parrot.** — Kyste séreux multil. cong. *Gaz. hôp.* 13 janv. 1880, p. 34.
- A. Zeller.** — Lymphangiectasia colli cong. *Inaug. dissert.* Berlin, 1880.
- K. N. Macdonald.** — *Rev. Scienc. méd.* t. XVIII, p. 608.
- Cluston.** — *Saint-Thomas's Hospital Reports*, new series, vol. XI, 1881.
- J. Witson.** — Hydroc. du cou. *The Lancet*, febr. 18, 1882, vol. I. p. 268.

Terrillon. — Kystes de la région latérale droite du cou, etc.
Bull. de la Soc. de Chirurgie, 11 juill. 1883, t. XX,
p. 598.

T. Müller. — Centralbl. f. chir. 1885, S. 356.

J. L. Baena. — Des kystes séreux congénitaux du cou. Thèse
de Paris, 1884, n° 275.

Latouche. — Kystes du cou. Rev. mensuelle mal. enf. sept.
1885, p. 189.

G. Middeldorpf. — Ueber Lymphangiome cavernosum Lan-
genbeck's, Archiv. f. Klin. Chir., 1885. Bd XXXI, S.
595.

Weinlechner. — In Semaine méd., 26 mai 1885, p. 189.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux.
Paris, 1886, p. 279 à 405.

Carré. — Cité par Verneuil et Clado. Ac. Sciences, 1888, 17
déc., C. VII, p. 973.

Tillaux. — Des kystes en général ; kyste dermoïde. Gaz. des
hôpitaux. Paris, 1886, n. 903.

Poncet. — Genèse des kystes sébacés. Microcoque sébacé.
Bul. et mém. Soc. chir., 26 mai 1886.

Chiarella. — Cista branchiale, rottura spontanea della parete
et formazione consecutiva d'ascenso, communicante
colla cavità della cisti. Bol. delle scienze med. n. r.
Acc. fisiocrit. Siene 1888.

Verneuil et Clado. — De la présence des microbes dans les
kystes dermoïdes congénitaux de la face. Comp.-rendu.
Ac. des Sciences 1888, 17 déc. C. VII, p. 973.

Pilliet. — Kystes dermo-lymphoïdes du cou. Société anat.,
mai 1889.

Fénélon. — Appuntes sobre curacion de quistes. Jac. med.
Mexico, 1890, XXV, 41-46.

Helary et Pilliet. — Kyste séreux multiloc. du cou d'orig.
cong. Bull. Soc. anat., oct. et nov. 1890, p. 459.

Broca. — Extirpation d'un kyste séreux congénital. Bull. Soc.
anat., oct. nov. 1890, C. R. 462.

Lannelongue et Ménard. — Affections congénitales.
Paris 1891, vol. I, p. 632 à 679.

